



**REGIONE  
LAZIO**

*E.C.M.*



agenas.

ESPOSITO Log Out

[Home Page Ecm](#) > [Home Page](#) > [Gestione Eventi](#) > Formazione sul campo

## Formazione Sul Campo

**Ragione Sociale:** AZIENDA USL LATINA

**Id Provider:** 29

**Evento n°** 2056

**Edizione n°** 1

**Si tratta di un Progetto Formativo Aziendale (PFA) ?** **SI**

**L'evento tratta argomenti inerenti l'alimentazione della prima infanzia?** **NO**

**Stato Evento:** **VALIDO**

**1 Titolo del programma formativo** LE SORVEGLIANZE DI POPOLAZIONE, PASSI E PASSI D'ARGENTO NELLA ASL LATINA

**2 Sede** ITALIA

**2.1 Regione** LAZIO

**2.2 Provincia** LATINA

**2.3 Comune** LATINA

**2.4 Indirizzo** VIA CANOVA 1

**2.5 Luogo Evento** SALA CONFERENZE PALAZZINA DIREZIONALE P.O. NORD

**3 Periodo di svolgimento**

**3.1 Anno del piano Formativo di riferimento** 2017

**3.2 Data inizio** 05/12/2017

**3.3 Data fine** 05/12/2017

**4 Durata effettiva dell'attività formativa** 9  
(in ore non frazionabili)

**5 Obiettivi dell'evento**

**5.1 Obiettivo formativo** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI

**5.2 Acquisizione competenze tecnico-professionali** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI TECNICO-PROFESSIONALI

**5.3 Acquisizione competenze di processo** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI PROCESSO

**5.4 Acquisizione competenze di sistema** EPIDEMIOLOGIA - PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE CON ACQUISIZIONE DI NOZIONI DI SISTEMA

**5.5 Livello di acquisizione** SVILUPPO / MIGLIORAMENTO

**6 Programma dell'attività formativa** [Programma\\_Dettagliato + cv.pdf](#)

**6.1 Docenti e moderatori**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Ruolo
CONTOLI	BENEDETTA	CNTBDT82P65H501S	DOCENTE
GALANTE	VINCENZA	GLNVCN66L52I838N	DOCENTE
IACOVACCI	SILVIA	CVCSLV63E49H501Q	DOCENTE

PANNOZZO	FABIO	PNNFBA51P27E527J	DOCENTE
SABATUCCI	ANTONIO	SBTNTN55E08L597H	DOCENTE

**7 Crediti assegnati** 9

**8 Tipologia Evento** GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

**8.1 Tipologia Gruppi di miglioramento** GRUPPI DI LAVORO/STUDIO/MIGLIORAMENTO

**8.2 Redazione di un documento conclusivo** No  
(ad es.: linee guida, procedure, protocolli, indicazioni operative)

**8.3 Partecipazione di un docente/tutor, esterno al 'Gruppo di miglioramento', che validi le attività del gruppo** No

**9 Responsabile Segreteria Organizzativa**

**9.1 Cognome** MANZAN

**9.2 Nome** FAUSTA

**9.3 Codice Fiscale** MNZFST55S56E472J

**9.4 Telefono** 07736556842

**9.5 Cellulare** 00

**9.6 E-Mail** F.MANZAN@AUSL.LATINA.IT

**10 Professioni alle quali si riferisce l'evento formativo** Generale (Tutte le professioni)

**11 Responsabili Scientifici**

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Qualifica	Curriculum Vitae
IACOVACCI	SILVIA	CVCSLV63E49H501Q	DIRIGENTE	<a href="#">curriculum vitae dr.ssa Iacovacci 09.2017 OK.pdf</a>

**12 Setting di apprendimento**

**12.1 Contesto di attività** Operativo (Es: Ospedaliero, Territoriale, etc)

**12.2 Livello di attività** Entrambi

**12.3 Tipologia di attività** Osservativa

**13 L'evento prevede integrazione con altre metodologie formative?** NO

**14 Rapporto tutor-discente**

**14.1 Tutor**

**14.2 Discenti**

**15 Quota di partecipazione? (in euro)** 0,00

**16 Numero partecipanti previsti** 50

**17 Verifica presenza dei partecipanti**

- FIRMA DI PRESENZA
- SISTEMA ELETTRONICO A BADGES

**18 Sistemi di valutazione delle attività**

**18.1 Soggetto valutatore** Valutazione da parte del responsabile del progetto

**18.2 Oggetto della valutazione** Competenza, capacità, abilità acquisita

**18.3 Verifica Apprendimento Partecipanti**

- CON QUESTIONARIO

**19 Tipo materiale durevole rilasciato ai partecipanti (facoltativo)**

**20 Sponsor**

- |  |  |
|--|--|
| <b>20.1 L'evento è sponsorizzato</b>   | NO   |
| <b>20.2 Sono presenti altre forme di finanziamento</b>   | NO   |
| <b>20.3 Autocertificazione assenza finanziamenti</b>   | <a href="#">autocertificazione_finanziamento.pdf</a> |
| <b>21 L'evento si avvale di partner?</b>   | NO   |
| <b>22 Dichiarazione Conflitto Interessi</b>  | <a href="#">conflitto_interessi_evento.pdf</a>       |
| <b>23 Esiste una procedura di verifica della qualità percepita?</b>  | SI   |
| <b>24 Ai sensi e per gli effetti del D.lgs. n. 196/2003 si dichiara di essere in possesso del consenso scritto alla pubblicazione dei dati personali dei soggetti inseriti nell'applicazione ECM</b> | SI   |

Indietro

[Documenti](#)

[Normativa](#)

[Assistenza](#)

[Link utili](#)

Powered by [Age.Na.S.](#)

via Puglie, 23 - 00187 Roma - [LAZIO@PEC.AGENAS.IT](mailto:LAZIO@PEC.AGENAS.IT) - cod. fisc 97113690586

 **agenas.** AGENZIA NAZIONALE PER  
SERVIZI SANITARI REGIONALI